Rok LI. Kraków, dnia 6. lipca 1912. Nr 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Z kliniki terapeutycznej Uniwersytetu w Kijowie. Dyrektor Prof. Dr K. Wagner).

O wpływie mięsa białego i czarnego na wydzielanie kwasu moczowego oraz innych ciał azotowych moczu

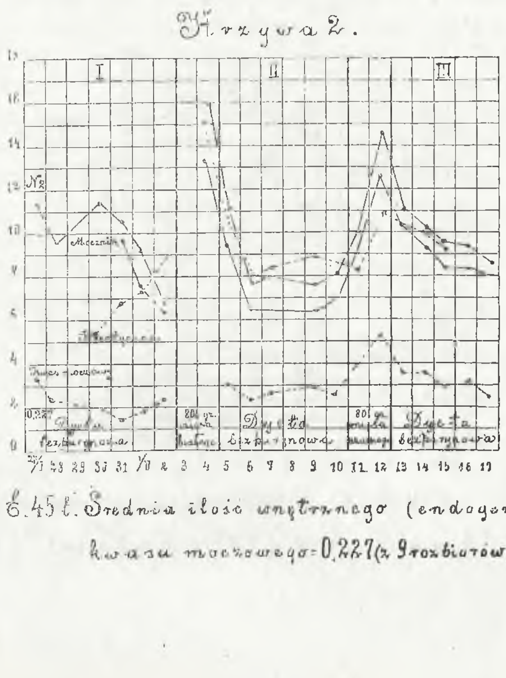
podali

Doc. Dr Żebrowski i Doc. Dr A. Ziwert.

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie II.

Badanie przeprowadzono na chorej E, lat 42, przyjętej do kliniki w celu wyjaśnienia rozpoznania dny. Chora skarżyła się na bóle w nogach, na które cierpiała około 5 lat. W ciągu ostatnich 3 lat bóle zjawiały się chwilowo to w jednej, to w drugiej pięcie, a także w palcach nóg. Dziedziczności w kierunku dny nie stwierdzono. Przy badaniu chorej wybitnych zmian nie znaleziono, widocznych złogów kwasu moczowego nie ma. Ciepłota przez cały czas obserwacyi wahała się między 36⁰—36,8⁰ C. Waga początkowa 75,5 przy opuszczaniu kliniki 75,6 kg, w moczu białka i cukru nie było. 26/I 1910 roku rozpoczęto dyetę bezpurynową, na którą składały się 1,2 litr mleka, 125 gr jaj, 50 gr masła, 30 gr ryżu, 220 gr. bułki, 16 gr cukru, 600 cm³ słabej herbaty i 2 jabłka. Przy tej dyecie



chora otrzymywała na dobę 90 gr białka, 120 gr tłuszczu i 250 gr węglowodanów, co razem dawało 2400 kaloryi, t. j. około 32 kaloryi na 1 kg wagi.

W dni mięsne chora otrzymywała 400 gr mięsa, 900 cm³ mleka, 50 gr białego chleba, 16 gr cukru, 800 cm³ słabej herbaty i 2 jabłka. Doświadczenie trwało od 27/I do 17/II, t. j. 22 dni. Wyniki rozbiorów moczu przedstawiono w tablicy II i na krzywej II.

W doświadczeniu tem pierwszy okres bezpurynowy ciągnął się 7 dni. W tym okresie ilość azotu i mocznika stopniowo spadała. Ilość kreatyniny po wybitnym spadku znowu się zwiększyła, ilość kwasu moczowego także spadła i zatrzymała się na stosunkowo nizkim poziomie. W ciągu następnych 2 dni mięsnych chora otrzymywała po 400 gr. mięsa białego na dobę. Niestety nie mogliśmy zbadać moczu z pierwszego dnia po spożywaniu mięsa, gdyż chora

Tablica II.

Data	Rodzaj dyety	Ilość moczu na dobę w c. c.	Ciężar gatunkowy	Oddziaływanie	Ilość azotu	Ilość mocznika w gr. N_2	Stosunek % N_2 mocznika do ogólnego N_2	Ilość amoniaku	Ilość kwasu moczowego	Ilość kreatyniny
27/I	Bezpurynowa	2030	1010	Kwaśne	11·19 / 11·28	10·45	93	0·35	0·321	0·995
28	»	1525	1013		9·54	8·59	90	0·40	0·237	1·040
29	»	Nie badano								
30	»	1215	1016	Kwaśne	11·42	—	—	0·32	0·203	0·542
31	»	1020	1017		10·55	9·67	91	0·64	0·140	0·675
1/II	»	930	1019		9·11	7·92	87	1·64	0·187	0·763
2	»	1145	1012		6·81	6·33	93	0·33	0·224	0·904
3	400 gr. mięsa białego	Nie badano								
4	»	1600	1018	Kwaśne	15·89	13·28	84	1·29	?	1·514
5	Bezpurynowa	1485	1011		11·04	9·43	85	1·94	0·283	1·088
6	»	1105	1014		7·61	6·44	85	2·37	0·231	0·791
7	»	1200	1014		8·12	—	—	1·33	0·242	0·853
8	»	Nie badano								
9	»	1470	1012	Kwaśne	7·54	6·28	83	0·25	0·281	0·912
10	»	1530	1010		8·06	6·98	86	0·31	0·262	0·866
11	400 gr. mięsa czarnego	1075	1021		9·97	8·99	90	1·51	0·393	0·816
12	»	1580	1018		14·65	12·68	86	1·90	0·540	1·077
13	Bezpurynowa	1315	1019		11·29	10·22	90	0·81	0·353	1·029
14	»	1300	1015		10·08	9·33	92	0·70	0·337	1·019
15	»	1160	1016		9·77	8·27	85	0·53	0·281	0·932
16	»	1065	1020		9·66	8·20	85	—	0·296	—
17	»	995	1018		8·57	8·02	93	—	0·262	—

mocz ten wylała. Według jednak rozbioru moczu z drugiego dnia mięsnego, ilość ogólnego azotu mocznika i kreatyniny znacznie się zwiększyła. Należy przypuszczać, że i ilość kwasu moczowego także znacznie wzrosła, albowiem w moczu nastąpił obfity strąt kryształków kwasu moczowego, skutkiem czego przy określaniu kwasu moczowego otrzymano znacznie mniejsze liczby niż było w rzeczywistości; toteż wyniku rozbioru nie przytaczamy. W ciągu następnego okresu bezpurynowego, który trwał 6 dni, wszystko dosyć szybko wróciło do stanu prawidłowego; kwas moczowy wrócił do dawnego poziomu na drugi dzień. W następnych 2 mięsnych dniach chora spożywała po 400 gr. mięsa czarnego na dobę. Wtedy wydzielanie wszystkich wspomnianych ciał znowu wybitnie się zwiększyło z wyjątkiem kreatyniny, której wydzielanie zwiększyło się bardzo nieznacznie. Maximum wydzielania wszystkich ciał wypada na drugi dzień mięsny. Maximum wydzielania kwasu moczowego = 0,540 gr. W ciągu następnego okresu bezpurynowego, trwającego 5 dni, wszystko znowu wróciło do stanu prawidłowego. Kwas moczowy jednakże nie doszedł do dawnego poziomu. Porównując w tem doświadczeniu wpływ mięsa białego i czarnego, znajdujemy różnicę nie tylko w wydzielaniu kwasu moczowego, jak to było w doświadczeniu I, lecz częściowo także w wydzielaniu innych ciał azotowych. I tak wydzielanie ogólnej ilości azotu i azotu mocznika, które przez cały czas szło zupełnie równolegle jedno do drugiego, po mięsie czarnem idzie naogół wolniej, niż po mięsie białem. To samo odnosi się i do kreatyniny. Co do kwasu moczowego, to po mięsie białem wydzielanie wszystkiego kwasu moczowego z zewnątrz pochodzącego (exogen) zakończyło się w ciągu 3 dni (2 mięsnych, 1 bezpurynowego), po mięsie zaś czarnem wydzielanie kwasu moczowego z zewnątrz pochodzącego nawet po 7 dniach (2 mięsnych, 5 bezpurynowych) niezupełnie było skończone. Widzimy więc, że i w tem doświadczeniu podobnie, jak i w poprzedniem, daje się zauważyć stosunkowo znaczne zwolnienie w wydalaniu kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz po mięsie czarnem. Ilość kwasu moczowego wnętrznego (endogen) w tem doświadczeniu wynosiła średnio 0,227 gr. Ilość egzogennego kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz, wydzielonego po mięsie czarnem = 0,873 gr. Niestety nie możemy w tym wypadku obliczyć ilości kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz, wydzielonego po mięsie białem, sądzimy jednak na zasadzie innych doświadczeń, że ilość ta była mniej więcej taka sama.

Ta okoliczność, że w danym przypadku wydzielanie wnętrznego (endogen) kwasu moczowego było stosunkowo dosyć niskie (0,297 gr), jak również, że po spożyciu mięsa czarnego mieliśmy tak powolne wydzielanie kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz, wskazuje, że w drugim przypadku były pewne patologiczne zmiany przemiany purynowej, charakterystyczne dla dny. Otrzymane dane wskazują wyraźnie, że mięso czarne jest dla dnawych szkodliwsze, niż białe, albowiem kwas moczowy mięsa czarnego pochodzący z zewnątrz (exogen) znacznie wolniej zostaje wydzielony, niż kwas moczowy mięsa białego, skutkiem tego otrzymujemy więcej sprzyjających warunków dla zebrania się większej ilości kwasu moczowego w ustroju.

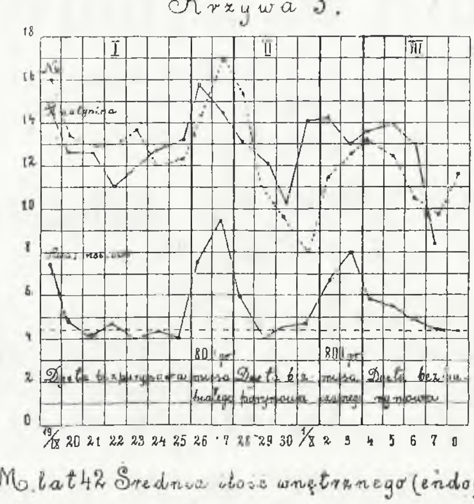
Doświadczenie III.

Badanie przeprowadzono na lekarzu M. lat 42, który cierpiał 3 lata temu na kłójące bóle w okolicy nerek. Od tej pory kolega ten czuje się zupełnie zdrowy i oddaje się pracy laboratoryjnej. Ciepłota przez cały czas doświadczenia była poniżej 37°. Waga na początku i końcu doświadczenia wynosiła 90 kg. Cukru i białka w moczu nie było. 19/X 1910 przejście na dyetę bezpurynową, składającą się z 800—900 cm³ mleka, 100 gr. ryżu, 50 gr. jaj, 50 gr. twaroga, 50 gr. masła, 240 gr. bułki, 32 gr. cukru, 700 cm³ słabej herbaty i 2 jabłek. Przy tej dyecie badany otrzymywał na dobę około 75 gr. białka, 85 gr. tłuszczu i 300 gr węglowodanów, co naogół dawało około 2300 kaloryi, t. j. około 25—26 kaloryi na 1 kg wagi. Przy tej stosunkowo skąpej dyecie badany czuł się dobrze. W dni mięsne dostawał zamiast jaj i twarogu po 400 gr mięsa na dobę. Doświadczenie trwało od 19/IX do 8/X, t. j. 20 dni. Wyniki badań moczu podane są na tab. III i krzywej III.

Tablica III.

Data	Rodzaj dyety	Ilość moczu na dobę w c. c.	Ciężar gatunkowy	Oddziaływanie	Ilość azotu		Ilość kwasu moczowego		Ilość kreatyniny	
						średnio		średnio		średnio
19/IX	Bezpurynowa	2145	1014		16·22 15 68	15·90	0·739 0 733	0·736	1·474 1·484	1·479
20	»	1145	1016		13·40 13·49	13·45	0·534 0·458	0·491	1·272	1·272
21	»	1140	1018		12·92 12·92	12·92	0·421 0·435	0·428	1·344 1·202	1·273
22	»	930	1022		13·21 13·10	13·15	0·461 0·468	0·465	1·121 1·086	1·103
23	»	1350	1018		13·83 13·73	13·78	0·408	0·408	—	—
24	»	1130	1019		11 90 12·07	12·03	0·441 0·437	0·439	1·299 1·279	1·289
25	»	1440	1016		12·30 12·38	12·34	0·399 0·399	0·399	1·340 1·300	1·320
26	400 gr mięsa białego	1260	1021		14·36 14·43	14·39	0 752 0·757	0·754	1·590 1·602	1·596
27	»	1300	1022		17·04	17·04	0·939 0·944	0·942	1·469 1 450	1·459
28	Bezpurynowa	1570	1017	Kwaśne	15·51 15·30	15·40	0·586 0·606	0·596	1·331	1·331
29	»	1520	1015		11·28 11·28	11 28	0·408 0·421	0·415	1·234	1·234
30	»	1450	1015		9·86 9 86	9·86	0 457 0 462	0·459	0·966 1·092	1·029
1/X	»	1400	1018		8·06	8·06	0·482 0·488	0·485	1·423 1·412	1·418
2	400 gr mięsa czarnego	1350	1021		11·55 11·69	11 62	0·674 0·680	0 677	1·436	1·436
3	»	1200	1022		12·64 12·80	12 72	0·811 0·811	0 811	1·287 1·299	1·298
4	Bezpurynowa	1200	1022		13·31 13·40	13·35	0·589 0 594	0·592	1·345 1·355	1·350
5	»	1650	1017		12·51 12 55	12·53	0·562 0·565	0·563	1·389 1·412	1·400
6	»	1450	1016		10 56 10·59	10·58	0·512 0·505	0·509	1·324 1·297	1·310
7	»	1100	1018		9·96 9 82	9·89	0·457 0·459	0·458	0·857 0·836	0 846
8	»	1550	1014		11·76 11·65	11·70	0·456 0·458	0·457	—	—

Krzywa 3.



M. lat 42 Średnia ilość wnętrznego (endogen) kwasu moczowego = 0,447 (z 18 rozbiorów)

Wszystkie rozbiory w tem doświadczeniu są podwójne. W doświadczeniu tem w ciągu pierwszego okresu bezpurynowego, trwającego 7 dni, ilość ogólna azotu kreatyniny i kwasu moczowego po początkowym spadku trzymała się do końca okresu mniejwięcej na jednakowej wysokości. Ilość kwasu moczowego ustalila się już w drugim dniu i stale trzymała się na jednym poziomie. W ciągu następnych 2 dni mięsnych badany otrzymywał po 400 gr mięsa białego na dobę. Przy tem zwiększyła się ogólna ilość azotu, kreatyniny i kwasu moczowego. Maximum wydzielania kreatyniny wypadło w pierwszym dniu mięsnym, azotu i kwasu moczowego w drugim dniu. Maximum wydzielania kwasu moczowego wynosiło 0,942 gr.

W ciągu następnego okresu bezpurynowego, trwającego 4 dni, wydzielanie wspomnianych ciał zmniejszało się. Spadek ilości azotu trwał do końca tego okresu; wydzielanie kreatyniny po spadku znowu się zwiększyło.

Co do kwasu moczowego zaś, zatrzymał się on na poprzedniej wysokości już w drugim dniu tegoż okresu. W ciągu następnych 2 dni mięsnych badany otrzymywał po 400 gr mięsa czarnego na dobę, przytem ilość ogólnego azotu i kwasu moczowego znowu dosyć znacznie się zwiększyła; ilość zaś kreatyniny zwiększyła się nieznacznie w pierwszym dniu, w drugim zaś spadła. Maximum wydzielania azotu wypadło w pierwszym dniu następnego okresu bezpurynowego. Maximum wydzielanego kwasu moczowego wypadło w drugim dniu mięsnym i doszło do 0,811 gr. W ciągu następnego okresu bezpurynowego, trwającego 5 dni, ilość kreatyniny początkowo cokolwiek się zwiększyła, a następnie wybitnie spadła. Ilość azotu i kwasu moczowego powoli spadała. Ilość kwasu moczowego ustaliła się na dawnym poziomie zaledwie czwartego dnia.

Z wyników tego doświadczenia widać, że i tutaj zachodzi wybitna i taka sama różnica w działaniu mięsa białego i czarnego. I tutaj podobnie jak w poprzedniem doświadczeniu, wydzielanie ogólnego azotu po mięsie czarnem szło cokolwiek wolniej, niż po mięsie białem. Mniej więcej to samo można powiedzieć co do kreatyniny, chociaż krzywa wydzielania tego ciała ma cokolwiek nieprawidłowy charakter, trudny do określenia. Co do kwasu moczowego, to w tem doświadczeniu jak i w dwóch poprzednich zaznaczyła się bardzo wyraźnie różnica w działaniu mięsa czarnego i białego. Maximum wydzielania kwasu moczowego po mięsie białem było większe, niż po czarnem.

Wydzielanie kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz (exogen) po mięsie białem zakończyło się w ciągu 3 dni (2 mięsnych, 1 bezpurynowego), wydzielanie zaś kwasu po mięsie czarnem zakończyło się w ciągu 5 dni (2 mięsnych i 3 bezpurynowych). Widzimy więc, że i w tem doświadczeniu daje się zauważyć znaczne zwolnienie w wydzielaniu zewnątrz pochodnego kwasu moczowego, pochodzącego z mięsa czarnego. Ilość wnętrznego (endogen) kwasu moczowego w tem doświadczeniu na zasadzie 18 rozbiorów wynosiła średnio 0,447 gr, ilość z zewnątrz pochodzącego kwasu moczowego, wytworzonego z mięsa białego, wynosiła 0,950 gr, z mięsa czarnego 0,917 gr.

W doświadczeniu więc tem, jak i w doświadczeniu I, po spożyciu mięsa czarnego i białego wydzieliła się mniej więcej jednakowa ilość kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz, która to ilość zupełnie prawie się zgadza z ilościami, otrzymanemi w poprzednich doświadczeniach. Wydzielanie jednak kwasu moczowego po mięsie czarnem szło znacznie wolniej, niż po mięsie białem. W doświadczeniu tem ilość wnętrznego (endogen) kwasu moczowego znajduje się w granicach prawidłowych, wydzielanie kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz, po spożyciu mięsa czarnego było jednak cokolwiek zwolnione.

Wobec tego należy przypuszczać, że przemiana purynowa w tym przypadku chociaż nie przedstawia znanych zboczeń od stanu prawidłowego, jednakowoż musi być do pewnego stopnia zaliczona do przemiany zwolnionej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O przerywaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych.

napisali

Dr J. Landau i Prof. Dr J. Piltz.

(Ciąg dalszy).

Wagner uważa wzniecanie poronienia za uprawnione w pewnych stanach psychopatologicznych, stojących w bezpośrednim przyczynowym związku z ciążą, dla których to stanów jednak właściwym czynnikiem wywołującym jest uraz psychiczny, związany z tą ciążą.

Stany te opisuje on w ten mniej więcej sposób: Kobieta, która sobie nagle uświadomiła, że jest w ciąży, której nie oczekiwała i której może sobie zupełnie nie życzyła, wpada w stan silnej depresyi z najrozmaitszemi chorobliwemi urojeniami, że nie przeżyje rozwiązania, że popadnie w chorobę umysłową, że grozi jej ruina finansowa z powodu powiększenia się rodziny, że dziecko urodzi się niezdolne do życia, że będzie chore i kaleką — a więc urojenia, które zrazu mogą być jedynie następstwem fizyologicznego afektu, z czasem jednak mogą nabrać znaczenia idei panującej ponad wszystkiem, tak, że kobieta taka niczem nie jest zdolna się zająć, nie sypia, nie jada i podupada na zdrowiu. Stany te mogą u osób psychopatycznych przejść w typowe nawet choroby umysłowe, a przez często towarzyszące im zamachy samobójcze zagrażać już wprost życiu kobiety ciężarnej. To też w tych przypadkach do pewnego tylko czasu wolno według Wagnera oczekiwać polepszenia, a gdy ono nie nastąpi, należy wywołać poronienie, które też natychmiast usuwa ową depresyę z wszelkiemi towarzyszącemi jej urojeniami.

Friedman [1]) zwraca wreszcie uwagę na pewne stany psychopatologiczne, towarzyszące ciąży, które według niego stanowią prawie bezwzględne wskazanie do przerwania ciąży. Podnosi on mianowicie, że obok osób z wrodzonemi lub nabytemi skłonnościami neuropatycznemi, względnie psychopatycznemi, jako cechami stałemi ich chorobowego charakteru, tj. obok tak zwanych zwyrodniałych czyli psychopatów, spotykamy nieraz u pewnych osób skłonność do nieprawidłowo silnych i psychopatycznych odczynów, które pojawiają się zwykle tylko okresowo i napadowo pod wpływem jakichś silniejszych wzruszeń psychicznych.

Do tej kategoryi zalicza Friedman dwie dokładniej przez siebie opisane jednostki chorobowe, jakiemi są tak zwana n e u r a s t e n i c z n a m e l a n c h o l i a [2]) z bardzo sil-

[1]) Zur Indikationsstellung für den künstlichen Abort wegen psychischer Krankheit. Deutsch. med. Woch. Nr 19, 20, 21, 1905.

[2]) Ueber neurasthenische Melancholie. Monatsch. f. Neurol. Nr 4, 5, 1904.

nymi stanami lękowymi i pewne lekkie paranoidalne[1]) postacie chorobowe, których system urojeń pozostaje w ścisłym związku z konfliktem, jaki go wywołał. Obie te postacie różnią się tem od typowych chorób umysłowych, że powstają nietylko bezpośrednio po urazie psychicznym, ale że także znikają zaraz po usunięciu przyczyny, która je wywołała.

Do tych więc postaci zalicza Friedman obok niektórych innych i pewne stany psychopatologiczne, spotykane u kobiet ciężarnych, a które występują najczęściej pod wyżej już wspomnianą postacią neurastenicznej melancholii z bardzo wybitnym lękiem.

Pod nazwą neurastenicznej melancholii nie rozumie on jednak jakiejś kombinacyi neurastenii z melancholią, a zatem zlania się dwóch jednostek w jedną nową postać kliniczną. Ale podobnie, jak pewne postacie chorobowe przypominają swoimi objawami typowe neurastenie, na podstawie jednak ich okresowego pojawiania się bez widocznej przyczyny, na podstawie ich uporczywego przebiegu, który opiera się wszelkim środkom leczniczym i sposobu ich ustępowania koniecznie zaliczone być muszą do grupy psychoz okresowych; tak też istnieją i takie postacie chorobowe, które na podstawie swej etyologii i przebiegu klinicznego należą niewątpliwie do grupy właściwych neurastenii, a które jednak pod względem objawowym przypominają zupełnie typowe melancholie. Otóż te ostatnie właśnie nazywa Friedman neurastenicznemi melancholiami, albo neurastenicznemi pseudomelancholiami.

Lekkie przygnębienie, lekka depresya towarzyszy bardzo często ciąży i u najzdrowszych nawet kobiet. Stany jednak silnego przygnębienia psychicznego, towarzyszącego owym neurastenicznym melancholiom, a noszącego na sobie piętno wybitnej choroby, spotykamy stosunkowo rzadko. A są one nie tyle następstwem jakichś trosk o dziecko, rodzinę, utrzymanie itd., idących w parze z ciążą u pewnej przynajmniej kategoryi społecznie i finansowo źle sytuowanych kobiet, lub następstwem jedynie tylko obawy o szczęśliwe przebycie porodu u kobiet, którym już podczas poprzednich porodów groziło niebezpieczeństwo utraty życia, ile następstwem tego, że ów uraz psychiczny, związany z ciążą, padł tu na tło, podatne dla owego wspomnianego już chorobliwego, psychopatycznego odczynu. Za istnieniem takiego tła przemawia niewątpliwie fakt, że we wszystkich spostrzeganych dotąd przypadkach uderza przedewszystkiem niestosunek między wielkością urazu psychicznego a stopniem depresyi i łączącego się z nią silnego i nieokreślonego lęku, a co się łatwo da wytłómaczyć tem, że ów uraz psychiczny bez względu na to, jakiej on był natury i jakiej siły, padł tu właśnie na dobrze przygotowany grunt chorobliwego odczynu.

Z kazuistyki, jaką przytacza Friedman, widać, że owe stany neurastenicznej melancholii nie powstają nigdy nagle w przebiegu pierwszej ciąży i to jedynie tylko na tle owych skłonności neuropatycznych, lecz że podłoże dla tej choroby w postaci ogólnego rozstroju nerwowego, lub wyniszczenia i wyczerpania fizycznego, zostało niejako powoli w ciągu dłuższego czasu przygotowane, a to przez najrozmaitsze przejścia psychiczne, troski, zawody, niedostatek i inne, na które w ciągu długich nieraz lat narażoną była kobieta. I u tych to kobiet pod wpływem owego urazu psychicznego, jaki wiąże się z ciążą, nie przychodzi według Friedmana do zwykłego tylko przygnębienia, jakie tak często towarzyszy ciąży nawet u kobiet pod względem psychicznym zupełnie prawidłowych, lecz pojawia się u nich jakaś ogromna, niczem nie dająca się przezwyciężyć trwoga, która odrazu panuje nad wszelkimi innymi objawami i zupełnie opanowuje cały obraz kliniczny. Lęk i trwoga obok przygnębienia i smutku są tu tak uporczywe, że nie ustępują przed żadnem leczeniem, żadne tu stosowanie leków, ani też psychoterapia, żadne sanatorya, ani też odosabnianie takich chorych nic nie pomagają. Przeciwnie trwoga i przygnębienie z przykrymi omamami, którym często towarzyszą napady nerwowego kołatania serca, stany kataleptyczne, a nawet czasem i napady histeryczne, potęgują się coraz bardziej, czynią chore takie zupełnie niezdolnemi do jakiejkolwiek pracy fizycznej i umysłowej, stają się bardzo często przyczyną zamachów samobójczych, a wreszcie doprowadzają do zupełnej ruiny fizycznej i psychicznej dotkniętych niemi chorych.

I temi to właśnie znamionami, jak i owym niestosunkiem między nasileniem poszczególnych objawów a przyczyną wywołującą, różnią się stany te dostatecznie od zwykłej tylko depresyi i tak dobrze znanego obrazu lęku porodowego. Od zwykłych zaś i typowych psychoz w przebiegu ciąży różnią się one tem, że uraz psychiczny, związany z ciążą i mającym nastąpić porodem, jest jedynym dla nich czynnikiem wywołującym i że z usunięciem tego czynnika chorobotwórczego na drodze wzniecenia poronienia wracają chore szybko do zupełnego zdrowia.

Na podstawie takich to spostrzeżeń dochodzi Friedman ostatecznie do przekonania, że we wszystkich podobnych przypadkach, a zwłaszcza w tych, w których leczenie łagodzące na drodze podawania środków uspakajających i nasennych, stosowania kąpieli itd. nie doprowadziło do żadnego polepszenia, nie należy zwlekać dłużej z przerwaniem ciąży, jak do końca III. a wyjątkowo IV. miesiąca jej trwania. A to tembardziej, że przerywanie ciąży w miesiącach późniejszych nie jest już dla ciężarnej zabiegiem obojętnym. I jakkolwiek w pewnej przynajmniej liczbie przypadków owe stany neurasteniczno-melancholijne ustąpić mogą i przy wyczekiwaniu, a zatem razem z porodem na czasie, to jednak ze względu na to, że wyniku tego nigdy nie można przewidzieć, że pewna część tych stanów przechodzi po porodzie na czasie w bardzo ciężkie i typowe melancholie, lub histero-neurastenie, z uwagi wreszcie i na to, że takie choroby sprowadzają bardzo silne wyniszczenie dotkniętych niemi chorych, na tle którego to wyniszczenia rozwinąć się może nawet gruźlica, że w końcu tego rodzaju chore giną często śmiercią samobójczą — uważa Friedman te stany za wskazanie do przerwania ciąży w pierwszych miesiącach, a więc z poświęceniem życia płodu.

Podobne zapatrywania wygłaszają w ostatnich czasach E. Meyer[1]), którego poglądy na tę sprawę schodzą się zu-

[1]) Beiträge zu der Lehre von der Paranoia. Monatsch. f. Psych u. Neurol. Nr 6, 1905.

[1]) Die Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. T. 48.

Psychische Störungen u. Gravidität mit besonderer Berücksichtigung des künstlichen Abortus. Klin. therap. Woch. 1910, Nr 1.

pełnie z poglądami Friedmana, i Hoche [1]), który zgadza się na wywołanie poronienia u kobiet, jeśli one obok wyczerpania fizycznego okazują objawy wyraźnej depresyi, nie będącej jednak jeszcze melancholią w ściślejszem znaczeniu.

Tak więc streszczając to wszystko, co wiemy dzisiaj o wskazaniach do przerwania ciąży w przebiegu chorób umysłowych, należących według naszego podziału do grupy trzeciej, nie możemy żadnej z tych psychoz uważać za dostateczną przyczynę do przerwania ciąży. A to dlatego, że przypadkowe pojawienie się którejkolwiek choroby umysłowej w przebiegu ciąży nie uprawnia nas jeszcze do wprowadzenia jej w patogenetyczny związek z ciążą. A gdyby nawet i tak było dla pewnej przynajmniej liczby tych psychoz, to i wtedy nie uprawnia nas jeszcze dotychczasowe doświadczenie do przerywania ciąży ze względu na dalszy przebieg choroby umysłowej. Wnioski bowiem, jakie co do tej sprawy wysnuć można z dotychczasowych spostrzeżeń, idą w zupełnie rozbieżnych kierunkach.

I tak słyszymy o szkodliwym wpływie przerywania ciąży na chorobę umysłową równie często, jak i o zwolnieniach, przerwach, a nawet i o zupełnem wyleczeniu razem z przerwaniem ciąży. Przyczyny tego należy niewątpliwie dopatrywać się w istocie tych chorób umysłowych, o których była mowa, a które, jakkolwiek przez ciążę, jako rodzaj czynnika wywołującego, wywołane być mogą, to jednak, raz wywołane, przebiegają już zupełnie niezależnie od samej ciąży. Odpowiada to zupełnie nowszym zapatrywaniom na etyologię psychoz, idących w parze z ciążą, która ma być jedynie tylko czynnikiem, wywołującym utajone w ustroju kobiety usposobienie do tych chorób umysłowych.

Zupełnie inaczej ma się jednak sprawa z owymi stanami psychopatologicznymi, które stoją na granicy nerwic i psychoz, z owemi neurastenicznemi melancholiami Friedmana, wrzekomemi melancholiami Meyera, a nawet i owemi według naszego zapatrywania do tej samej kategoryi należącemi melancholiami Jollyego i Picka, w których to stanach urojenia, mające bardziej charakter natręctw myślowych, pozostających w ścisłym związku z ciążą i rozpadających się razem z przerwaniem ciąży, dostatecznie już właśnie odróżniają te sprawy od rzeczywistej melancholii. W przebiegu bowiem rzeczywistej melancholii treść urojeń bywa bardziej różnorodna i niekoniecznie pozostaje w związku z ciążą, a nadto przeważają w przebiegu melancholii urojenia grzeszności i winy obok braku poczucia choroby, którego to objawu obecność obok osłabienia i zahamowania energii jest znowu tak bardzo znamienna dla pseudomelancholii Friedmana.

To też nie ulega żadnej wątpliwości, że Friedman, opierając się na swoich doświadczeniach, ma do pewnego stopnia prawo stawiać tego rodzaju prawie bezwzględne wskazania w tych stanach chorobowych, o których była mowa. My jednak sądzimy i na to szczególny kładziemy nacisk, że i w tych nawet stanach nie można być dosyć ostrożnym przy powzięciu ostatecznego postanowienia i stawianiu wskazań do przerywania ciąży, a to wobec możliwej symulacyi, na którą zwracają również uwagę Jolly i Flatau [1]), albo też histeryi, która się czasem kryje pod jednym z powyżej wymienionych obrazów.

[1]) Bemerkungen zur Frage des künstlichen Aborts bei Neurosen und Psychosen. Monatsch. f. Kriminalpsychol. und Strafrechtsreform 1905, Nr 6 i 7.

To też jedynie tylko tam, gdzie niepodobna mimo zastosowania wszelkich środków leczniczych, a w ostatecznym razie i przy umieszczeniu w zakładzie dla umysłowo chorych, wpłynąć dodatnio na przebieg choroby umysłowej, jedynie tylko tam uważalibyśmy przerwanie ciąży za konieczne dla utrzymania ciężarnej przy życiu i zdrowiu. A to tem bardziej, że brak jakiegokolwiek dodatniego wyniku naszego leczenia jest tylko, jak to zresztą podnosi i sam Friedman, jednym dowodem więcej, że nie pomyliliśmy się w naszem rozpoznaniu i że nie mamy przed sobą zwykłej tylko depresyi porodowej.

Rozstrzygać zaś o każdem wskazaniu wolno jedynie tylko lekarzowi, którego wiadomości psychiatryczne ugruntowane są na długoletniej praktyce i obserwacyi klinicznej, i to wspólnie z lekarzem położnikiem.

Sądzimy, że tą drogą ścisłego badania i indywidualizowania wskazań w każdym przypadku daleko lepiej przysłużymy się tej całej, tak bardzo jeszcze zawiłej sprawie, aniżeli przez stawianie już dzisiaj pewnych zasad, pewnych niejako paragrafów, do którychby się lekarz musiał stosować przy każdorazowem wydawaniu orzeczenia. Wszelkie bowiem schematyzowanie, na dzisiaj stanowczo jeszcze przedwczesne, uniemożliwiłoby indywidualizowanie tych wskazań, a dla sędziego byłoby owem »noli me tangere«, za którego przekroczenie pociąganoby lekarza do odpowiedzialności karnej. Psychiatrya bowiem, jakkolwiek w ostatnich czasach zrobiła olbrzymie postępy i bardzo posunęła się naprzód, to jednak jako nauka jest najmniej jeszcze ścisłą ze wszystkich gałęzi wiedzy lekarskiej. To też wyliczanie chorób umysłowych, w których przerwanie ciąży byłoby bezwzględnie konieczne, jest dzisiaj zupełnie jeszcze niemożliwe, a nawet i w przyszłości nieprawdopodobne, a to dlatego, że zapatrywania nasze na to, jak i na każde inne zagadnienie przyrodnicze, ulegają ciągłym wahaniom i zmianom.

Od rodzaju więc choroby umysłowej, czasu jej trwania, natężenia i towarzyszących jej okoliczności (stan fizyczny chorej) zależeć dopiero powinno każdorazowe wskazanie do przerwania ciąży.

III. Przed zakończeniem naszego sprawozdania chcielibyśmy na jedną jeszcze, zdaniem naszem, bardzo ważną i zasadniczą sprawę zwrócić tu uwagę. Pamiętać należy mianowicie o tem, ażeby z temi chorobami umysłowemi, które dołączają się do ciąży (grupa B i C), a których patogeneza i związek z ciążą nie zostały dotąd jeszcze dostatecznie wyjaśnione, nie mieszać tych psychoz, które już istniały, a do których w następstwie dopiero dołączyła się ciąża (grupa A).

Tego rodzaju przypadki spotykamy dość często, raz z tego powodu, że maniakalnie i erotycznie podniecone umysłowo chore kobiety, szukając zaspokojenia płciowego, a pozbawione chwilowo krytycyzmu i wszelkich więzów etycznych, oddają się łatwo mężczyznom. Powtóre dlatego,

[1]) Diskussion zum Vortrage Jolly's. Neurol. Centralb. 1901.

że w przypadkach wrodzonego niedołęstwa umysłu (idiotismus, imbecillitas) przy niewyrobionym krytycyzmie, a często i zupełnym braku pojęć etycznych, kobiety, obarczone temi chorobami, stają się niejednokrotnie przedmiotem żądzy najrozmaitszych zwyrodniałych mężczyzn, a wreszcie dlatego, że dzisiaj bardzo jeszcze często niestety stosunki płciowe a przedewszystkiem ciąża, uważane są nawet przez lekarzy za środki, leczące choroby umysłowe. Niedaleko więc odbiegliśmy od owych czasów, kiedy takie powagi, jak Reil i Guislain jeszcze w połowie XIX wieku uważali stosunki płciowe, ciążę i karmienie za środki, leczące melancholię, a nawet zapobiegające nawrotom w przypadkach psychoz okresowych.

I takim to poglądom, rozpowszechnionym szczególnie wśród szerokich mas, przypisać należy, że na 700 umysłowo chorych kobiet, przyjętych do zakładu w Andernach, było 23 ciężarnych i że wszystkie one zaszły w ciążę w przebiegu już istniejącej choroby umysłowej (Peretti [1]).

Otóż jakkolwiek choroba umysłowa nie stoi w tych przypadkach w żadnym genetycznym związku z ciążą, gdyż ciąża dołączyła się tu do już istniejącej psychozy, mimo to jednak może ona czasem wywierać niekorzystny wpływ na przebieg tych chorób umysłowych, jak to przedewszystkiem wynika ze spostrzeżeń Rippinga, Schülego, Perettiego, Dittmara [1]), Mongeri [2]) i innych. To też stoimy tu znowu przed bardzo trudnem zadaniem, t. j. przed pytaniem, czy w takich to właśnie przypadkach należy wzniecanie poronienia uważać za wskazane ze względu na dalszy przebieg choroby umysłowej. Ponieważ więc w tych przypadkach nie zagraża kobiecie niebezpieczeństwo utraty życia ze strony rozwijającego się w jej łonie płodu, ponieważ nadto, jak to już zresztą zaznaczyliśmy w pierwszej części naszego referatu, przerwanie ciąży w większości przynajmniej tych przypadków nie wpływa wcale dodatnio na przebieg samej choroby, a już nigdy nie usuwa jej zupełnie, jako nie stojącej w związku przyczynowym z ciążą, przeto chorób tych nie uważalibyśmy za wskazanie do przerwania ciąży ze względu na zdrowie matki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

A. Dienst: **Badania doświadczalne nad znaczeniem przyczynowem fermentu włóknikowego i istoty włóknikorodnej dla nerki ciężarnych i rzucawki porodowej.** (Arch. f. Gyn., tom 96, zesz. I.).

Autor występuje przeciw tłomaczeniu rzucawki porodowej, jako stanu nadwrażliwości, powstałej przez dostanie się do krwi obiegu matki innogatunkowej surowicy płodu, i obstaje przy swojem dotychczasowem tłomaczeniu jej, jako objawu zatrucia ustroju matki fermentem włóknikowym wytworzonym w dużej ilości przez rozpad leukocytów przy równoczesnem zwiększeniu istoty włóknikorodnej. Przy prawidłowym stanie wszystkich narządów trucizna zostaje z ustroju wydaloną; jeżeli jednak serce niezupełnie zdoła sprostać zwiększonej czynności w przebiegu ciąży i nastąpią zaburzenia krążenia w narządach wydzielniczych (wątroba), wówczas trujący ferment włóknikowy nagromadza się we krwi w coraz większej ilości. Pierwiastki i ciężarne z ciążą bliźniaczą okazują szczególną skłonność do takiego zatrucia, częścią z powodu wielkiej leukocytozy, częścią z powodu większej pracy dla serca w następstwie wzmożonego ciśnienia śródbrzusznego. Nieznaczne ilości zatrzymanej trucizny wywołują tylko zwyrodnienia narządów miąższowych, występujące klinicznie pod postacią białkomoczu, obrzęków i zaburzeń przemiany materyi. Jeżeli jednak trucizna nagromadzi się w wielkiej ilości, i to w takim stosunku zgęszczenia fermentu do istoty włóknikorodnej, że wytworzy się włóknik, wówczas wystąpią ogólne objawy zatrucia, objawiające się klinicznie pod postacią drgawek. Jeżeli stosunek zgęszczenia fermentu do istoty włóknikorodnej nie dojdzie do tego stopnia, aby się wytworzył włóknik, wówczas nie powstaną wprawdzie obfite zakrzepy i nie przyjdzie do drgawek, ale sama obfita ilość istoty włóknikorodnej, krążąc we krwi, może wywołać tak ciężkie zwyrodnienia w narządach wydzielniczych (wątroba, nerki) i w sercu, że zejście śmiertelne staje się nieuniknione (rzucawka bez drgawek). Czasem znowu może, u zupełnie zdrowych ciężarnych, sam ucisk ciężarnej macicy na wielkie żyły miednicy, zatrzymać przez dłuższy nawet czas zupełnie odpływ protrombiny wydzielanej z łożyska; wówczas może przyjść, bez współudziału narządów wydzielniczych, z początku do wstrzymania większych ilości tej istoty i leukocytów w żyłach i przestrzeniach limfatycznych całej dolnej połowy ciała. Jeżeli istoty te następnie po ustaniu zastoju wskutek bolów porodowych nagle w wielkiej ilości dostaną się do krwi tętniczej obfitującej w sole wapniowe, wówczas zmieniają się na ferment włóknikowy; ponieważ zaś tak wielka ilość nagle wytworzonego fermentu nie może być w całości zobojętniona, może też nagle wystąpić rzucawka, mimo że przedtem nic na nią nie wskazywało, i mocz nie zawierał białka. Tam, gdzie nieznaczne zmiany nerkowe, dopiero w czasie porodu, wskutek przejścia przez nie istot trujących, przeszły w postać zapalną, rzucawka może wystąpić dopiero w połogu. Obraz anatomiczny będzie zawsze zależał od ilości trującej istoty włóknikorodnej i fermentu włóknikowego, jakoteż od czasu, przez który istoty te zalewały ustrój przed wystąpieniem drgawek. E. Ehrenpreis.

Dr Junge: **Zakrzep i zator w połogu.** (Arch. f. Gyn. tom 96, zesz. II).

Powstanie zakrzepów w połogu odnieść należy obok zaburzeń krążenia przedewszystkiem do zmian w śródbłonku naczyniowym; za czynniki sprzyjające uważać należy zmianę w składzie krwi jakoteż obecność drobnoustrojów lub produktów ich przemiany materyi. Zmiany śródbłonka spotyka się istotnie często przy żylakach szczególnie u ciężarnych (26%) i to przedewszystkiem u wieloródek (71%). Zakrzepy połogowe występują też najczęściej u wieloródek (74%, z których prawie wszystkie miały widoczne żylaki. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że jako przyczynę tych żylaków, obok zastojów miejscowych i ogólnych, ważną rolę odgrywa także pewne usposobienie samej ściany żylnej. Niektórzy uważają żylaki te za zmianę ciążową, za czem przemawiać ma fakt znikania żylaków po obumarciu płodu. Najczęściej występują zakrzepy w zakresie żyły odgoleniowej i odpiszczelowej (vena saphena), i to we wczesnym okresie połogu, na drugiem miejscu co do częstości stoją zakrzepy żył miednicowych i to zwykle w środkowym okresie połogu, a na trzecim żyły udowe (v. femorales) występujące zwykle w późnym okresie połogu. Zakrzepy żyły odgoleniowej występują częściej po stronie prawej, a żyły udowej częściej po lewej, zresztą zarówno po obu stronach. Do czynników usposabiających do zakrzepów w połogu należą krwotoki porodowe, operacye

---

[1]) Ueber die Beeinflussung der Geistesstörung durch Schwangerschaft. Arch. f. Psych. und Nerv. T. 16.

[1]) Vorlesungen über Psychiatrie. Bonn.

[2]) Nervenerkrankungen u. Schwangerschaft. Algm. Zeitsch. f. Psych. T. 58. Ref. Jahresb. für Psych. 1901.

położnicze, zbytnio przedłużający się okres wydalania płodu, zakażenia i ciężkie schorzenia ogólne, przyczem zauważono, że jednorazowe przebycie zakrzepu usposabia do ponownego jego powstania. Sprawa rozpoczyna się czasem lekkiem wzniesieniem ciepłoty ciała, szczególnie przy zakrzepach żyły udowej, wyraźnych jednak objawów wskazujących na ich powstanie nie ma. Zakrzepy w zakresie żyły odgoleniowej znamionują się zaczerwienieniem i bolesnością w całym przebiegu żył zapalnie zajętych, a przy dużych żylakach powstają nawet wrzody. Po ustaniu okresu ostrego wytwarza się zgrubienie i brunatne zabarwienie skóry na miejscach zajętych. Obrzęk jest zwykle nieznaczny albo go zupełnie niema; występuje on natomiast bardzo wyraźnie przy zakrzepach żył udowych i jest obok bolesnego zgrubienia na wewnętrznej powierzchni uda, ważną cechą rozpoznawczą. Rozpoznanie zakrzepów żył miednicowych jest trudne; zwykle daje się wyczuć zgrubienie przebiegające na zewnątrz w okolicy kolca kości kulszowej (spina ischii), a wymacanie obok niego naczynia tętniącego znacznie ułatwia rozpoznanie. Obrzęk, który czasem obejmuje całą kończynę, nie zawsze musi wystąpić. Rokować należy przy zakrzepach ostrożnie, ponieważ przy głęboko położonych żyłach niebezpieczeństwo zatoru płucnego nie jest nigdy wyłączone. Najkorzystniejsze jest rokowanie przy zakrzepach w zakresie żyły odgoleniowej.

Leczenie powinno być przedewszystkiem zapobiegawcze. To też na choroby ogólno-ustrojowe, zaburzenia krążenia i żylaki należy już w czasie ciąży zwrócić baczną uwagę. W czasie porodu i w okresie odejścia łożyska należy unikać wszelkiej utraty krwi, a w połogu zalecić lekkie wykonywanie ruchów kończynami i ułożenie ich w zgięciu, celem ułatwienia krążenia. Przy powstałym już zakrzepie wskazane są: bezwzględny spokój, okłady wysychające, wysokie ułożenie zajętej kończyny, unikanie używania tłoczni brzusznej i stosowanie środków sercowych (digitalis). Bezpośrednie niebezpieczeństwo minęło, jeżeli tętno przez pewien czas jest spokojne i nieprzyspieszone, a także ostre objawy zakrzepu minęły. Przy powstaniu zatoru należy zalecić zupełny spokój, okłady lodowe i leki sercowe.

E. Ehrenpreis.

Prof. Richter: **Pierwotna ciąża brzuszna.** (Arch. f. Gyn., tom 46, zesz. III).

Pierwotne usadowienie się i rozwój jaja płodowego w jamie brzusznej, poza obrębem narządu rodnego, uważa autor jako możliwe i opisuje własne spostrzeżenie. Powstanie takiej pierwotnej ciąży brzusznej tłómaczy w następujący sposób: Prawdopodobnie chodzi tu o jajka, które krótki czas przed spodziewanym peryodem, zaraz po wyjściu z mieszka jajnikowego zostały zapłodnione, nim jeszcze weszły do lejka jajowodu. Skomplikowany mechanizm przyjmowania jajek przez jajowód, może czasem z nieznanych nam powodów zawieść, tak, że jajo nie dostaje się na właściwą drogę; niezapłodnione ginie bardzo prędko, zapłodnione zaś mogąc kilka dni utrzymać swą żywotność, dostaje się na mimowolną wędrówkę. Niekiedy usadawia się już w okolicy mieszka, z którego wyszło, wówczas powstaje ciąża jajnikowa. Czasem znowu dostaje się przecież w prąd rzęskowy jajowodów, ale dopiero w kilka dni po zapłodnieniu, kiedy już jest tak duże, że do kanału ich wejść nie może i zmuszone jest usadowić się na obwodowej części jajowodu. Najczęściej jednak zostaje uniesione robaczkowym ruchem jelit, szukając odpowiedniego podłoża. Nie znalazłszy go w tym krótkim czasie, w którym żyć może zapłodnione jajko bez odżywiającego podłoża matki, ginie już w krótkim czasie. Natrafiwszy jednak na bezpieczne miejsce zdala od ruchu jelit usadawia się. Do miejsc takich należy dolna powierzchnia wątroby, zagłębienie między nerką a ścianą brzuszną, jakoteż między kiszką ślepą a więzadłem szerokiem, a wreszcie jako najczęstsze przestrzeń Douglasa na otrzewnej kiszki odchodowej. Dalszy rozwój jaja płodowego, zależy od zdolności podłoża do utrzymania krążenia łożyskowego. Otrzewna przestrzeni Douglasa, zdaje się jednak nie posiadać tej zdolności, ponieważ we wszystkich przypadkach dotąd znanych, a także w przypadku autora, przyszło już w 4—5 tygodniu do oddzielenia się jaja od podłoża. Przytem powstają zwykle bardzo obfite krwawienia wewnętrzne, nigdy jednak nie powstają bóle skurczowe — jak przy ciąży macicznej lub jajowodowej, albowiem usadawiając się na otrzewnej jajo nie leży w żadnej jamie o ścianach kurczliwych. Te skurczowe bóle należy też uważać jako bardzo ważny moment różniczkowo-rozpoznawczy między ciążą pierwotną brzuszną a jajowodową. — Przez ciążę brzuszną następową rozumie autor te przypadki, w których po pęknięciu jajowodu, płód dostał się do jamy brzusznej i w niej dalej się rozwijał, podczas gdy łożysko pozostało w jajowodzie. Tłómaczenie ciąży brzusznej jako przeszczepienie całego jaja płodowego z jajowodu na otrzewną nie jest wogóle możliwe. Jeżeli bowiem po pęknięciu jajowodu płód wraz z łożyskiem dostanie się do jamy brzusznej, jajo takie już w krótkim czasie ginie, o ciąży więc nie nie może być mowy.

E. Ehrenpreis.

Pedyatrya.

Prof. Feer. **Zapalenie oskrzelków i płuc u małych dzieci.** (Mediz. Klinik, 1912, Nr 16). Jak w pierwszym roku życia najczęstszą przyczyną śmierci dzieci są choroby przewodu pokarmowego, tak od drugiego roku na pierwszy plan wysuwają się choroby dróg oddechowych (bronchiolitis i bronchopneumonia). Przyczyny są dwojakiego rodzaju: usposabiającego i wywołującego. Do pierwszych należą krzywica, stan limfatyczny dziecka, długotrwałe nieżyty żołądkowo-kiszkowe. One to, zmniejszając skład krwi (zmniejszanie ilości barwika krwi), zmniejszają bakteryobójcze własności krwi i błon śluzowych, z powodu czego w przebiegu tych chorób pojawlają się tak często ropnie skórne i zakaźne nieżyty dróg oddechowych. Przyczyny wywołujące są następujące: nieżyty górnych dróg oddechowych, choroby zakaźne, głównie grypa, także krztusiec i odra, szczególnie u dzieci poniżej 4 lat, przeziębienia (słaby objaw zapadania na nieżyty dróg oddechowych u dzieci po kąpieli w zimnym pokoju, czy po wyjściu na wiatr i t. d.). Wreszcie nieodpowiednie pielęgnowanie dziecka, (nieczystość, ciemne, wilgotne mieszkanie i t. p.) czem się tłómaczy, że te schorzenia są częstsze wśród klas ubogich. Ogólne zapalenie oskrzelków jest w porównaniu z bardzo częstem zapaleniem odoskrzelowem płuc, choroby bardzo rzadkiej. Cechą jej charakterystyczną jest bladość twarzy, potem sinica, wysoka gorączka, oddech ciężki, ruchy skrzydełek nosowych, zapadanie się dołka podsercowego i podżebrzy, przytem co najważniejsze liczne drobno bańkowe rzężenia i objawy ostrego rozdęcia płuc. Temi rzężeniami, gorączka wysoka różni się zapalenie oskrzelków od t. zw. bronchitis asmatica, gdzie znów obok sinicy, rozdęcia bywa więcej furczeń, niska gorączka lub nawet brak jej, a natomiast nagły początek i koniec z bez porównania lepszem rokowaniem gdy tamta sprawa bardzo często kończy się śmiercią.

Zapalenie płuc i oskrzeli (bronchopneumonia) jest chorobą bardzo często, wywołaną przez pneumokoki; jej uprzywilejowanem miejscem usadowienia są tylno dolne płaty płuc, rzadko górne, wtedy częściej po stronie prawej; ogniska zapalne zlewają się często, zajmując cały płat, przez co postać zapalenia pomieniać można z krupową postacią zapalenia; spadek ciepłoty w tamtej jest jednak powolny, gorączka zwalniająca. Odłamem jej jest t. zw. przykręgowe opadwe zapalenia płuc, występujące u słabych, długo na wznak leżących dzieci; sprawa ta przebiega często z początku bez gorączki, jako czysto opadowa, potem z usadowieniem się zarazków chorobotwórczych występuje gorączka. Inną postacią zapalenia jest tak zwana przez Francuzów »Congestion pulmonaire«, gdzie wsród wysokiej gorączki występuje stępienia odgłosu opukowego nad pewną

częścią płuca i zaostrzony lub osłabiony szmer oddechowy, a po 12 — 24 godzinach nagły powrót do stanu prawidłowego.

Rokowanie w zapaleniu płuc i oskrzeli zależy od wieku, gorsze jest w wieku wcześniejszym.

Leczenie przedewszystkiem wodolecznicze. Autor poleca gorące kąpiele od 37 — 31° C, które działają kojąco i uśmierzająco na kaszel; sinica ustępuje, tętno staje się silniejszem, a dziecko zapada w spokojny sen i chętniej potem przyjmuje pokarmy. Także nacieki w płucach i rzężenie rychło przy tem leczeniu znikają. Kąpiele te trwać mają trzy do pięciu minut, u bardzo osłabionych dzieci lepiej ich zaniechać a w każdym razie radzi autor podać jakiś środek sercowy przed kąpielą. Zamiast tych kąpieli polecenia godne są zawijania w prześcieradła, namoczone w wodzie gorczycznej, które głównie w początkowym okresie bardzo skutecznie działają.

Co do środków farmaceutycznych, to należy zachować ostrożność przy podawaniu środków wykszutśnych, które u osesków działają ujemnie na narząd trawienia; stosować można środki wykszutśne chyba przy wielkiem nagromadzeniu śluzu w drogach oddechowych. Autor radzi tu Rp: »liquor amon. anisat. extract. fluid senegae aa 10,00 3 razy dz. po 10 kropel w wodzie ocukrzonej« dla osesków. Przy dręczącym kaszlu podają kodeinę 0·1:100 dwa do 4 razy dziennie po łyżeczcze; częściej jednak stosują środki sercowe i polecają przedewszyskiem kofeinę w rozczynie 0·5:100 (3 razy dziennie po łyżeczce), przy złem tętnie wstrzykiwanie kamfory (2 — 6 razy dziennie). Przy sinicy stosuje wdychanie tlenu, które przy zapaleniu. oskrzelków działa bardzo skutecznie. Przy »bronchitis astmatica »atropina w postaci wstrzykiwań podskórnych 0·0001 na dawkę, także jodek potasowy w rozczynie (1,00 i 75,00 pięć razy dziennie po łyżeczce), najwyżej przez trzy dni. Przytem uregulowanie dyety, mało mleka, dużo jarzyn.

Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Posiedzenie d. 6. II. 1912 r.

Borowiecki przedstawia chorego J. Z., l. 42, który zgłosił się do ambulatoryum po raz pierwszy w kwietniu 1911 r. ze skargami na ból w obu przedramionach, oraz osłabienie władzy w palcach ręki prawej. Badanie wykazało prawą źrenicę szerszą od lewej, znaczne upośledzenie zginania ręki prawej w stawie napięstkowym, zginania palców we wszystkich stawach, oraz ich rozsuwania, zesuwania i przeciwstawiania. Badanie czucia wykazało nadto znieczulenie względne na dotyk, ból, ciepło i zimno w zakresie grzbietu i dłoni, sięgające około 10 cm powyżej napięstkowego na przedramię. D. 26 I. 1912 chory zgłosił się ponownie, oznajmiając, że choroba posunęła się znacznie naprzód. Od kilku miesięcy ma uczucie, jakby ręce obydwie miał poprzyprawiane, a od kilku tygodni osłabły palce ręki lewej. W zakresie nerwów czaszkowych stwierdzić można było na dnie oka prawego zapalenie i obrzęk tarczy, oraz rozszerzenie źrenicy prawej przy zachowanem oddziaływaniu na światło. W zakresie pasa barkowego, podobnież w zakresie drobnych mięśni rąk, szczególnie po stronie prawej, dość znaczne zaniki. Podnoszenie ramion do pionu było niemożliwe, a podnoszenie ramion do poziomu wybitnie osłabione (podnoszenie na zewnątrz zaledwie pod kątem 60°).

Wyprostowywanie w łokciu było upośledzone, ale lepsze od zginania, nawracanie (pronatio) lepsze od odwracania, obydwa jednak osłabione. Ruchy w stawie nadgarstkowym osłabione bardzo znacznie. Wszystkie te zmiany wyraźniejsze po stronie prawej niż po lewej. Zaburzenia ruchów czynnych w zakresie drobnych mięśni rąk podobne były do opisanych za pierwszem badaniem, ale wyraźniejsze i obustronne. Odruchy ścięgniste kończyn górnych były zniesione. Kończyny dolne i tułów bez zmian. Zaburzenia czucia dotyku, bólu, ciepła i zimna, ogarniające obydwie kończyny górne i górną część klatki piersiowej oraz czaszkę, zarówno w jej części uwłosionej, jak w zakresie twarzy. Te zaburzenia czucia nie pozwalały przypuszczać postępującego zaniku mięśni pochodzenia rdzeniowego, który zresztą mógłby dać obraz kliniczny zupełnie podobny, ale skłaniały do rozpoznania syryngomyelii. Zwracał jednak uwagę w przypadku tym szybki rozwój zaników i porażeń w zakresie pasa barkowego i ramion i wreszcie zapalenie i obrzęk prawego nerwu wzrokowego, co przemawiało za kiłą rdzenia i mózgu. Z drugiej jednak strony żadnych innych danych za kiłą nie było: odczyn Wassermanna wypadł ujemnie, żona chorego nigdy nie roniła, chory zakażeniu kiłowemu zawsze zaprzeczał. Zalecono jod i galwanizacyę rdzenia. Po dwóch miesiącach leczenia jodowego chory zgłosił się d. 12 IV. znowu, oświadczając, że przez czas ten znacznie mu się polepszyło. Polepszenie to jest zwłaszcza wybitne w zakresie pasa barkowego i ramion: unoszenie kończyn górnych do pionu jest możliwe, unoszenie do poziomu w zakresie prawidłowym tylko siła ruchów tych nie jest jeszcze dostateczna. Wyprostowywanie, zginanie w łokciu, nawracanie i odwracanie, ruchy w stawie napięstkowym prawidłowe. Tylko w zakresie drobnych mięśni rąk, zwłaszcza ręki prawej trwa, jakkolwiek w mniejszym stopniu, utrudnienie zginania, rozstawiania i zestawiania, jakoteż przeciwstawiania palców. Pod względem czuciowym zmiana wybitniejsza nie zaszła. Odnosi się wrażenie, że zaniki mięśniowe zmniejszyły się. Poprawa ta rozstrzyga o rozpoznaniu choroby: gdy poprzednio można jeszcze było wahać się pomiędzy kiłą mózgu i rdzenia, a syryngomyelią, obecnie zwrócić się musimy ostatecznie ku rozpoznaniu **kiły mózgu i rdzenia**, gdyż tak daleko idąca poprawa pod wpływem jodu w syryngomyelii byłaby rzeczą niezwykłą.

Landau przedstawia przypadek **kiły rdzenia leczonej salwarsanem** u chorego K. J. wyrobnika, liczącego lat 38. Dziedzicznie nie obarczony, rozwijał się K. J. prawidłowo, do 22. r. był zupełnie zdrowy. W 22. r. zakaził się kiłą, leczył się wstrzykiwaniami rtęci, jodem i wcieraniami. Obecna choroba rozpoczęła się w 25 r. z osłabieniem obu kończyn dolnych, stopniowo coraz większem, tak, że od kilku już lat chory z trudnością tylko porusza nogami i chodzi jedynie o lasce. Bólów nie było nigdy, jedynie tylko noga lewa często drętwieje i chory ma w niej takie uczucie, jakby była obłożona lodem lub zimną szmatą. Przed 6. laty przez kilka tygodni »zamęt w głowie«, mówił niewyraźnie. Przed 3. laty zaburzenia w oddawaniu moczu; chory musiał często mocz oddawać, boby go nie utrzymał. Przed 4 miesiącami dopiero zaczęły słabnąć i obie kończyny górne, które do niedawna miały być zupełnie jeszcze zdrowe »tak były silne, jak wtedy, gdy służył przy wojsku«. Osłabienie pojawiło się najprzód w ręce prawej, a wkrótce potem i w ręce lewej.

L. badał chorego poraz pierwszy przed 3 laty. Badanie wykazało wówczas kurczowy niedowład (paraparesis spastica) obu kończyn dolnych bez jakichkolwiek zmian w zakresie kończyn górnych, w nerwach czaszkowych, czuciu i odruchach brzusznych. Badanie obecne wykazuje obok wybitnego niedowładu kurczowego kończyn dolnych także i daleko idące zmiany w zakresie obu kończyn górnych, a mianowicie: Po obu stronach szponowate ustawienie palców, zaniki krótkich mięśni z odczynem zwyrodnienia bardzo znaczne ograniczenie ruchów czynnych w stawach palcowych, zwłaszcza zginania w stawach śródręcznopal-

cowych, rozstawiania i zestawiania palców. Wszystkie te zaburzenia nieco większe po stronie prawej. W zakresie nerwów czaszkowych i obecnie żadnych zmian nie ma. Źrenice okrągłe, równe. Oddziaływanie źrenic żwawe i wydatne. Odruchy brzuszne i mosznowe prawidłowe. Czucie: na kończynach górnych czucie dotykowe zachowane. Czucie bólu zniesione na obu kończynach górnych, czucie termiczne, tak zimne jak i ciepłe, upośledzone bardzo znacznie na obu rękach, po stronie prawej > l. Odczyn Wassermanna z surowicy krwi ++. Chód wybitnie kurczowo-porażny.

L. rozpoznaje kiłę rdzenia i wskazuje na wyraźne rozszczepienie w zaburzeniach czucia, które w tym przypadku mają charakter wybitnie syryngomyelityczny.

W dyskusyi radzi kol. Blassberg zastosowanie w tym przypadku salwarsanu, a to wobec tego, iż dotychczasowe leczenie przeciwkiłowe jodem, wcierania i wstrzykiwaniami rtęci nie dało żadnego polepszenia.

L. przedstawia chorego poraz wtóry.

Dnia 18. II. b. r. otrzymał pacyent w klinice chorób wenerycznych injekcyę salvarsanu w ilości 0,4 śródżylnie. Już w kilka dni po injekcyi nastąpiła pewna poprawa w zakresie kończyn górnych. Obecnie zaś szponowate ustawienie palców znikło zupełnie, chory swobodnie porusza palcami kończyn górnych, a w szczególności prostuje, rozstawia i zestawia palce jak dawniej. Zaburzenia czucia na kończynach górnych i zmiany w zakresie kończyn dolnych, jak przed zastosowaniem salvarsanu.

Rogalski przedstawia 29-letniego robotnika kolejowego A. W. cierpiącego na **stwardnienie rozsiane.** Przypadek ten ciekawy jest dlatego, że z powodu braku wielu charakterystycznych objawów rozpoznanie mogło się wahać między kurczowem porażeniem rdzeniowem, kiłą rdzenia i stwardnieniem rozsianem, a dopiero obecność i rodzaj zaburzeń czucia pozwoliły na powyższe rozpoznanie.

Chory, dziedzicznie nie obarczony, nie umie nic powiedzieć co do przebytych w dzieciństwie chorób. Od czasu duru, jaki przechodził w 14. roku życia, miał zauważyć, że nogi są mniej zgrabne, niż przedtem. Potem podczas służby wojskowej spostrzegł, że w czasie dłuższego marszu noga prawa prędzej się męczy niż lewa, staje się cięższą i bezwładną. Później jednak nie doznawał poważniejszych dolegliwości ze strony kończyn dolnych, czuł tylko, że jest pewna różnica w sile między obiema nogami na niekorzyść nogi prawej. Dopiero przed $1^1/_2$ rokiem zauważył przy dłuższem chodzeniu to samo osłabienie w nodze prawej, nie mógł na niej pewnie stanąć, przy wyprostowywaniu jej musiał używać wysiłku i miał w niej uczucie ściągania i drgania. Po 6 miesiącach te same dolegliwości, tylko w bardzo słabym stopniu pojawiły się też w nodze lewej. Od 6 zaś miesięcy stan ten nogi prawej znacznie się pogorszył i utrzymuje się do dnia dzisiejszego. Przed 5 tygodniami wystąpiły zaburzenia w kończynie górnej prawej. Chory spostrzegł mianowicie, że przy dłuższej robocie ręka prawa prędzej się męczy i staje się niezgrabną. Poza tem niema innych podmiotowych objawów chorobowych.

Badanie wykazało co następuje: W zakresie kończyn górnych niema zaburzeń przy ruchach czynnych i biernych, natomiast obustronne wzmożenie wszystkich odruchów, w wyższym jednak stopniu w kończynie prawej. Z odruchów brzusznych daje się wywołać tylko dolny lewy. Co do kończyn dolnych chód kurczowo-porażny, brak zaburzeń przy ruchach czynnych, obustronna oporność, większa jednak po stronie prawej przy ruchach biernych, odruchy kolanowe i stopowe obustronnie bardzo żywe, żywsze jednak po stronie prawej, gdzie znajdujemy też drganie stopowe i objaw Babińskiego. Zaburzeń czucia położenia niema. Badanie krwi co do odczynu Wassermanna (Dungern) dało wynik ujemny. Przy badaniu zmysłu czucia na symetrycznych miejscach prawej i lewej połowy ciała dało się wykazać osłabienie wrażliwości w zakresie wszystkich rodzajów czucia (dotyk, ból, ciepło, zimno), w kończynie dolnej prawej aż po pachwinę. — Dokładniejsze zaś badanie, przeprowadzone według wskazówek Piltza, wykazało, że zaburzenia sięgają na obu kończynach do różnych poziomów. Tak n. p. badając czucie bólu, znajdujemy na prawej kończynie trzy granice przytępienia czucia bolu, w których chory w kierunku dośrodkowym coraz lepiej uczuwa ukłucie igłą. Na kończynie zaś lewej wykazujemy dwie takie granice, a każda z nich leży wyżej, niż odpowiadająca jej na kończynie prawej. Porównując więc symetryczne miejsca obu kończyn, znajdujemy hypalgezyę tylko po stronie prawej, gdyż ukłute miejsce na tej stronie leży w obrębie granicy silniejszego osłabienia czucia bolu, niż po stronie lewej. Do tych samych wyników dochodzimy przy badaniu innych rodzajów czucia.

W dyskusyi podnosi Piltz, że znalezione zaburzenia czucia na kończynach dolnych są charakterystyczne dla stwardnienia rozsianego (o czem pisał w »Przeglądzie lekarskim» w r. 1908 w Nr 39) i że właśnie w takich jak ten przypadkach, gdzie chodzi o wczesne rozpoznanie, mają one, przy braku innych objawów typowych dla stwardnienia rozsianego, znaczenie rozpoznawcze.

---

41. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego

(Berlin 10—13 kwietnia 1912)

Dr Adolf Klęsk.

(Dokończenie).

34) Gulcke (Strassburg). **Rozpoznanie i leczenie przewlekłego zapalenia trzustki.**

Omówienie kliniki powyższego cierpienia na mocy 8 przypadków, z czego w 5 postawiono dobre rozpoznanie odrazu. Operacya polegała na wyłączeniu odźwiernika lecz to mało i w przyszłości G. robić będzie nacięcia torebki ew. miąższu.

35) Hagemann (Marburg). **O późnych skutkach operacyjnego zamykania szpary podniebienia.**

Gdy szparę podniebienia operuje się za wcześnie powstaje nieraz zwężenie szczęki górnej powodujące niestosunek jej do żuchwy, co wymaga potem nieraz operacyjnego zwężenia tej ostatniej. Nie należy też z tego powodu zbyt śpieszyć się u dzieci z rzeczoną operacyą.

36) Stubenrauch (Monachium). **Regeneracya i zastępstwo śledziony.**

Zmiany we krwi powodowane wycięciem śledziony ustępują po pewnym czasie co dowodzi, że albo śledziona może się odradzać lub coś ją zastępuje. Otóż to odbywać się może na różne sposoby.

1) Śledziona nie została wyjętą w całości lecz pozostały albo kawałki, albo przyjęły się na otrzewnej (np. po rozdarciu śledziony) lub usadowiły się gdzieś (np. w wątrobie) drogą zatoru i spełniają swą fizyologiczną czynność.

2) W otrzewnej tworzą się narządy podobne do śledziony t. zw. splenoide.

3) Czynność śledziony obejmują po niej gruczoły chłonne, szpik kostny itp.

Kazuistyki: Tschmarke, Sprengel, Caro, Meisel, Glücksmann.

37) Heile i Boit odczyty o doświadczalnem wywoływaniu zapalenia wyrostka robaczkowego, Melchior o rodzinnem zapaleniu wyrostka robaczkowego.

38) Salzer (Wiedeń). **Dwoinkowe zapalenie otrzewnej.**

Na 300 przypadków zajęcia otrzewnej u dzieci S. spo-

strzegał 9 przypadków rzeczonego cierpienia. Przypomina ono bardzo zapalenie wyrostka. O ile przy wyrostku trzeba operować wczas, tu trzeba odczekać. Znamiennymi objawami są: opryszczka na wargach, ciężki stan, sinica, nagłe silne bóle, brzuch mało wzdęty, biegunka i wymioty.

39) Goepel (Lipsk). **Kombinowany sposób wycinania rakowatej kiszki stolcowej z zapobiegawczem ochronieniem otrzewnej.**

G. tworzy z przedniej ściany otrzewnej płat i przyszywa go do tylnej otrzewnej ponad miejscem zamierzonego wycięcia kiszki, tak, że potem operuje już spokojnie pozaotrzewnowo.

40) Kümmell (Hamburg). **W sprawie chirurgii zapalenia nerek.**

Omówienie kliniki ostrych cierpień nerek zdatnych do operacyi. Przy rzucawce 60% wyleczeń, dobre wyniki przy ostrym bezmoczu w przebiegu chorób zakaźnych i zatruć. Przy postaciach przewlekłych wyniki nie tak dobre, ale i tak zachęcające.

41) Renner doniesienie o wynikach 20 operacyi nerkowych.

42) Ritter (Poznań). **Podwiązanie żyły nerkowej; próby doświadczalne i lecznicze.**

Przy obustronnej gruźlicy nerek chodzi o wynalezienie sposobu, by wywołać kurczenie się nerki. Na mocy swych prób R. dowodzi, że podwiązanie żyły nerkowej powoduje kurczenie się nerki o $^1/_3$ w przeciągu miesiąca, przyczem druga nerka przerasta. W jednym przypadku podwiązał R. żyłę nerki u człowieka i czeka na wynik.

43) Tenże. **Przyczynek do operacyjnego leczenia zakaźnego zapalenia nerek.**

44) Voelckner (Heidelberg). **Powstawanie wodo i roponercza** (wykład kliniczny).

45) Seidel (Drezno), **Krwotoki masowe w łożysku nerki.**

Krwotoki około nerki lub podtorebkowe wydarzyć się mogą przy różnych cierpieniach nerek. Objawy kliniczne: silny nagły ból w boku, zapad, podniesienie ciepłoty, silna niedokrwistość, guz macalny w okolicy nerki, podbiegnięcia skóry tejże okolicy ew. brzucha i worka mosznowego, nieraz utrata przytomności. Ciężkie przypadki należy zaraz operować.

Ritter omawia kazuistyczną operacyę ostrego septycznego zapalenia nerek.

Voelkner operacye na pęcherzykach nasiennych.

46) Posner (Heidelberg). **W sprawie znieczulenia miejscowego w małej miednicy.**

Znieczulać do tego należy nerwy: pudendus i pelvicus z pomocą wstrzyknięcia środka znieczulającego długą igłą tuż koło kiszki stolcowej od przodu, przyczem znieczula się kiszkę stolcową, gruczoł krokowy, pęcherz moczowy, cewkę, członek itp.

47) F. de Querzain (Bazylea). **W sprawie ochrony nerwu zwrotnego i ciałek przybłonkowych przy operacyach wola.**

Niektórzy chcą chronić powyższe organy w ten sposób, że starają się do nich dotrzeć. Lepiej jednak wcale ich nie szukać, zwłaszcza przy podwiązywaniu dolnej tętnicy trzeba postępować ostrożnie, a więc podwiązać ją poza gruczołem przed wytoczeniem tegoż i nieodłączać tylnej powięzi gruczołu.

Th. Kocher przestrzega ze względu na ciałka nabłonkowe przed obustronnem podwiązywaniem tętnicy dolnej.

48) Sprengel (Brunświk). **W sprawie leczenia krzywego biodra urazowego odprowadzeniem i wyciągiem.**

49) Payr (Lipsk). **12 przypadków uruchomienia sztywnego kolana.**

Axhausen omawia gojenie się chrząstek.

50) Klapp. **Próby operacyjnego rozszerzania klatki piersiowej.**

K. ma zamiar rozszerzać klatkę piersiową w ten sposób, że po przecięciu żeber wsuwa w odstęp powstały kawałki z wyciętego 11 żebra.

51) Grune (Kolonia). **Leczenie złamań szyjki uda.**

52) Hirschel. **Znieczulanie splotu barkowego w pasze celem zniesienia bólu przy operacyach na kończynie górnej.**

53) Röpke (Barmen). **Przyczynek do leczenia nawykowego zwichnięcia barku**

Poleca fałdowanie mięśnia podłopatkowego, celem zmniejszenia torebki stawowej.

54) Denk (Wiedeń). **Całkowite wycięcie kolana.**

D. opisuje technikę całkowitego wycięcia kolana t. j. razem z częściami miękkiemi i skóry z pozostawieniem naczyń i nerwów, poczem zeszywa się kikuty uda i podudzia.

55) Rost (Heidelberg) omawia wreszcie anatomiczne i fizyologiczne podstawy **ruchu robaczkowego jelita grubego.**

Zjazd chirurgów polskich

odbędzie się w tym roku w Krakowie w połowie grudnia tuż przed lub tuż po Zjeździe neurologów polskich. Bliższy termin ustalonym zostanie w październiku.

M. W. Herman, sekretarz. — L. Rydygier, prezes.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich otrzymujemy następujące pisma:

W myśl uchwały ostatniego Walnego Zgromadzenia lekarzy galic. miało się odbyć następne Walne Zgromadzenie w czasie obrad drugiego Zjazdu austryackich lekarzy rządowych w Krakowie. W myśl tej uchwały naznaczono walne zgromadzenie na dzień 23. czerwca b. r. Kiedy nadeszła wiadomość że Zjazd odroczono na późniejszy nieoznaczony termin, uchwaliła d. 9. czerwca Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich, aby następne walne zgromadzenie odbyło się w drugiej połowie stycznia 1913 r. o czem powiadomiła wszystkie oddziały prowincyonalne. Pomimo odwołania odroczenia Zjazdu, Rada zawiadowcza Tow. lek. galic. na posiedzeniu z dnia 17. czerwca, pozostała przy terminie styczniowym a to z następujących powodów: Już był czas za krótki aby ogłosić drukiem wyczerpujące sprawozdanie za ubiegłe półtora roku z czynności Towarzystwa i doręczyć je na kilka dni przed walnem Zgromadzeniem Delegatom; sprawa Morszyna na razie nie dojrzała, a spodziewać się należy, że do końca roku można będzie przedłożyć wnioski odpowiednie, wreszcie należy dążyć do tego, aby Walne Zgromadzenia odbywały się zawsze w terminie z góry oznaczonym i to w styczniu po zamknięciu i ogłoszeniu rachunków za rok ubiegły, co jest koniecznem, celem kontroli finansowej gospodarki. Uchwały zapadły na obu posiedzeniach Rady zawiadowczej jednogłośnie.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Stanisław Zabłocki, sekretarz. — Machek, prezes.

Dr Adam Czyżewicz, lekarz, złożył imieniem swojem i rodzeństwa, pani Wandy z Czyżewiczów Roińskiej i Jana Czyżewicza, na ręce obecnego Prezesa Towarzystwa lekarzy galicyjskich, kwotę 25.000 koron, z przeznaczeniem utworzenia »funduszu imienia Profesora Adama Czyżewicza«, który ma służyć na wsparcie ubogich wdów i sierot po lekarzach.

Profesor Adam Czyżewicz, był przez czas jakiś Prezesem Towarzystwa lekarzy galicyjskich i obok Biesiadeckiego, który je do życia powołał, zasłużył się wybitnie około organizacyi Towarzystwa, które obecnie gromadzi do 900 członków, przyczynia się znacznie do wydawnictwa dwu poważnych naukowych tygodników lekarskich i wspiera liczną rzeszę wdów i sierot po lekarzach.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Stanisław Zabłocki, sekretarz. Machek, prezes.

Kraków. Dziekanem Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. na rok 1912/13 został wybrany Prof. Dr Julian Nowak.

— Na ręce Redaktora głównego »Przeglądu lekarskiego« nadeszło pismo następujące:

»Senat akademicki Uniwersytetu lwowskiego składa Szanownej Redakcyi serdeczne i gorące podziekowanie za upamiętnienie naszego jubileuszu przez dedykacyę czasopisma »Rocznik lekarski«, który zachowamy wśród cennych pamiątek uroczystego obchodu, Rektor i Senat: L. Finkel«.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 23. VI. do 29. VI. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 1, płonicy (1), odry 3, duru brzusznego 2 † 2, gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Lwów. Rektorem Uniwersytetu lwowskiego na rok 1912/13 został wybrany prof. fizyologii Dr Adolf Beck.

— Dziekanem Wydziału lek. Uniw. lwowskiego wybrano Prof. higieny Dra Pawła Kucerę.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 17. VI. do 24. VI. 1912 przypadków: ospy —, róży —. Dr Trenkner.

Mianowani: Doc. stomatologii i dentystyki na Wydz. lek. Uniw. lwowskiego Dr Teodor Bohosiewicz otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

Doc. okulistyki Dr Schreiber w Heidelberdze mianowany profesorem nadzwyczajnym.

Prof. E. Kallius, dyrektor zakładu anatomicznego w Greisswaldzie powołany w miejscę ustępującego prof. L. Stiedy na katedrę anatomii do Królewca.

Nadzw. profesor psychiatryi w Monachium Dr A. Alzheimer powołany na dyrektora uniw. kliniki psychiatrycznej do Wrocławia.

Zmarli: W. J. Asdale, prof. ginekologii w Pittsburgu; Thornley Stoker, prof. anatomii w Dublinie; Dr S. W. Szydłowski, prof. higieny w akademii lekarsko-wojennej w Petersburgu.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1912:

Gazeta lek. Nr. 22—26: Skłodowski: Przypadek zapalenia wielosurowicówkowego (22). — Karwica: O tak zwanej bronchiolitis obliterans (22—24). — Jaworski: Cechy charakterystyczne działalności społecznej lekarzy-Polaków w minionem stuleciu (22). — Horodyński: Przyczynek do chirurgicznego leczenia przedziurawienia żołądka (23—24). — Löwenstein: W sprawie położenia zaotrzewnego kątnicy i wyrostka robaczkowego w stanie zapalnym (24). — Klejn: Spostrzeżenia nad krwawiączką i jej leczeniem (25). — Karwicka (dok. 25). — Żebrowski i Bratkowski: Wpływ wody druskienickiej »Nasza« na wydzielanie soku żołądkowego (26). — Klein (c. d. 26). — Karwicka (dok. 26).

Medycyna i Kronika lek. Nr 22—26. Adres do Senatu Wszechnicy lwowskiej (22). — Bychowski: Przyczynki do rozpoznawania i chirurgicznego leczenia chorób mózgu (22—23). — Krukowski: Przypadek drżączki porażnej w młodym wieku (22). — Hertz: W sprawie odporności czerwonych ciałek krwi normalnych i uczulonych (23). — Finck: O niektórych zaburzeniach diurezy w zależności od stanu ciśnienia tętniczego (24). — Springer: O wartości modyfikacyi odczynu Wassermanna dokonanej przez Dungerna i Hirszfelda (24). — Hertz i Mamrot: O hemoglobinuryi napadowej (25). — Kurella: Rzut oka na obecny stan leczenia przymiotu salwarsanem (25). — Hert i Mamrot (dok. 26). — Okuszko: Przypadek urazowego wypadnięcia pętli jelit przez kiszkę stolcową (26).

Tygodnik lek. Nr. 22—26: Szumowski: Z powodu jubileuszu uniwersytetu lwowskiego (22). — Popielski: O wewnętrznem wydzielaniu nadnerczy (22). — Wilenko: O wpływie adrenaliny na współczynnik oddychania (22). — Prus: O działaniu kokainy na serce (22). — Hornowski: Układ chromochłonny a złośliwe nowotwory (22). — Sieradzki: Niezwykły przypadek określenia genezy samobójstwa ze stanowiska lekarskiego w procesie sądowym (22). — Feuerstein: Doświadczenia na zwierzętach nad wpływem salwarsanu na przebieg niekiłowych zakażeń (22). — Gąsiorowski: O mętwiku podobnym do cholery (22). — Lenartowicz: O praktycznej wartości wiązania dopełniacza w chorobach przyrody rzeżączkowej (22). — Nowicki: Anatomiczny stan nerek przy adrelinowem zaburzeniu przemiany węglowodanów (22). — Gluziński: Kilka uwag o kile wątroby ze stanowiska klinicznego (22). — Wiczkowski: O pierwotnym raku płuc (22). — Ziembicki i Sabat: Przypadek z przetrwałym przewodem Botalliego i niezwykłym obrazem radioskopowym (22). — Raczyński: Cięcie tchawicowe poprzeczne w dławcu (22). — Progulski: Kilka słów o prątkach podobnych do grypy z uwzględnieniem własnych spostrzeżeń (22). — Czarnik: Przypadek przerostu mózgu u dziecka (22). — Berlstein: Znaczenie odczynu narządu przedsionkowego dla dyagnostyki różniczkowej schorzeń mózgowych (22). — Rydygier: Wycięcie odźwiernika bez szwu zwężającego (22). — Sabat: Przypadek twardzieli, wyleczony promieniami Roentgena (22). — Mars: Kilka uwag o częstotliwości i wnioski z wyników leczenia operacyjnego ciąży pozamacicznej (22). — Czyżewicz: Porównawcze wartości chłonne rozmaitych powierzchni ciała (22). — Machek: O operacyjnem leczeniu opadniętej powieki (22). — Reis: O mroczku środkowym wskutek spostrzegania zaćmienia słońca.—Hołodyński: Pierścieniowate zaćmienie przedniej części soczewki, powstałe skutkiem urazu (22). — Papée: O leczeniu szczepionką powikłań rzeżączkowych (22). — Cieszyński: Przyczynek do zdjęć zębów metodą wśródustną (22). — Modrakowski: O podstawowych zjawiskach anafilaktycznego wstrząsu (22). — Mikulski: Badanie uwagi umysłowo chorych (23—25). — Czyżewicz: Porównawcze wartości chłonne rozmaitych powierzchni ciała (c. d. 23—25).— Bednarski: O operacyach dekompresyjnych przy zajęciu nerwu wzrokowego (26). — Giełczyński: Przypadek odmy opłucnowej śródpiersiowej i podskórnej w przebiegu oskrzelowego zapalenia płuc u oseska (26). — Grossek: O zimnicy w Żółkiewszczyźnie (26).

Postęp okulist. Nr. 4—5. Rumszewicz: Przyczynek do patologii mięsaków naczyniówki.

Kwartalnik stomatologiczny. Z. 2. Cieszyński (dok.). — Mischke: Jama ustna a ustrój, ich wzajemny stosunek. — Perliński: Ropotok zębodołowy. — Brenneisen, Gruszczyński, Mayer: Aseptyka i antyseptyka w dentystyce. — Piątkowski: Nowy sposób sporządzania pustych odlewów.

Kronika dentyst. Nr. 6: Zawidzki (c. d.).

Zdrowie Z. 6. Bujwid: Badania samooczyszczających własności wody rzeki Wisły. — Dobrzyński: O gospodarce samorządowej w sprawie mieszkań. — Certowicz: Opis Włocławka pod względem sanitarnym i higienicznym. — Zawadzki J.: Miasta nasze w świetle ankiety (c. d.).

Nowiny lek. Nr 6. Kraszewski: Cukry w wydzielinach ludzkich. — St. Łazarewicz: O krwawieniach t. zw. endometrycznych. — Klęsk: Z wrażeń lekarza szkolnego.

Przegląd higieniczny Nr. 6. Inż. Fonferko: Ozonizacya wody i powietrza (dok.).

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 5—6. Głosy prasy o zdrojowiskach (5). — O przyszłość Zakopanego (5). — Sanatoryum Dr F. Michalika w Worochcie (6). — Ciechocinek (6). — Prywatne gimnazyum realne w Zakopanem (6).

Nasze zdroje Nr 11—13. Wszechnicy lwowskiej w 250 rocznicę jej założenia (11). — Wody szczawnickie (dok. 11). — Lewicki: O drogę do Żabia i Burkutu (11). — Zjazd higienistów w Włocławku (11). — Łaźnia słoneczna pomysłu Dr Tarnawskiego w Kosowie (11). — Przegląd zdrojowisk i uzdrowisk (11). — Lekarz niemiecki o »badach« (11). — Zabiegi delegacyi związkowej w Wiedniu (11). — Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk (12). — Skórczewski: Indywidualizm w leczeniu dyetą (12—13). — Epokowe odkrycie nowego źródła w Krynicy (12). — W sprawie kolonii wakacyjnych (12). — Albinowska: Pomoc rządowa dla zdrojowisk innych krajów (12). — Kęczkowska: Gdzie spędzić lato? (13). — Skórczewski (c. d. 13).

Głos lekarzy Nr 13 Mikołajski: Kasy chorych w Galicyi (13). — Mikołajski: Dur brzuszny we Lwowie (13). — Mikołajski: Z wycieczki do zdrojowisk krajowych (13).

Słowo lekarskie Nr 10—12. Stan szpitali w Galicyi (c. d. 10). — Grzybowski: Odpowiedź na gorzkie żale (10). — Piórko: Jeszcze słów kilka do art. Dr Leona Lustra (10). — Ankieta w sprawie zwalczania gruźlicy (11). — Statystyka austryackich kas chorych za 1909 (11). — Stan szpitali w Galicyi (12). — Luster: W sprawie projektu ustawy prasowej (12). — Z Wydziału gospodarczego austryackich Izb lekarskich (12). — »Podziękowanie dla c. k. obwodowej apteki w Przemyślu« (12).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Kwas acetylokreozotynowy jako środek przeciwgośćcowy. Prof. Dr E. Rautenberg (Mediz. Klinik. Berlin 1912. Nr 14). Niepożądane działania uboczne wszystkich przetworów salicylowych i u wielu chorych istniejący, często nieprzezwyciężny wstręt przed »salicylem« w jakiejkolwiek postaci, zbudziły chęć wyszukania środka wolnego od salicylu a równie dzielnie działającego przeciw gośćcowi. Zdaje się, iż cel wysiłków w tym kierunku udało się firmie Goedecke et Co. w Lipsku osiągnąć przez wyrób przetworu wszechstronnie przez autora wypróbowanego, t. j. kwasu acetylokreozotynowego, zwanego **Ervasin.** Środek ten wypróbowany został dokładnie u 46 chorych z oddziału wewnętrznego szpitalnego przy schorzeniach gośćcowych i nerwobólach. Ervasin wytwarza się z kwasu kreozotynowego, który jest homologon kwasu salicylowego, przez przyłączenie odtrutej grupy acetylowej, tworzy zatem kwas acetylokreozotynowy. Według badań Dra P. Jeserich'a jestto chemicznie jednolite połączenie, krystalizujące w czworobocznych pryzmatach, rozpuszczalnych w eterze, alkoholu, chloroformie, nierozpuszczalnych we wodzie. Doświadczenia na królikach wykazały, że przetwór jest jeszcze mniej trujący niż aspiryna. Smak »ervasyny« jest tylko lekko kwaskowaty, przyjemniejszy niż aspiryny. Środek ten znoszono dobrze i nie sprawiał on zaburzeń apetytu, nudności, uczucia szumu w uszach. Wessanie erwasyny jest nader szybkie, ponieważ charakterystyczna reaksya chlorku żelaza w moczu występuje już po 25—30 minutach. Powtarzane badania moczu nadały dalej pewności, że przetwór ten w zwykłej ilości 4—6 gr. nie wywołuje uszkodzenia nerek: może być nawet w wielkich dawkach 8—10—12 gr. długo bez szkody podawany. Leczono 30 przypadków ostrego i podostrego gośćca stawowego, 9 przypadków z dolegliwościami z powodu nerwobólów, 7 przypadków gośćca mięśniowego. Z szybkiego działania erwasyny na gościec stawowy daje się najlepiej ocenić działanie lecznicze przetworu. Wyniki były nadzwyczaj zadowalniające i korzystne, tylko w bardzo ciężkich przypadkach chorobowych musiano zastosować natrium salicylicum. W bardzo ciężkiej polyarthritis stosowano jednak zamiast natrium salicylicum czasowo erwazynę, aby ominąć działanie drażniące na nerki wywołane przez salicyl. Z działaniem aspiryny można było zupełnie porównać działanie erwazyny w 22 przypadkach gośćca stawowego, leczonego w sposób zupełnie zadowalniający. Erwazynę przyjmowali chorzy chętnie. Także w innych schorzeniach gośćcowych (nerwobóle, bóle mięśniowe) było działanie erwazyny zupełnie zadowalniające. Przetwór wprowadzono w handel we flaszeczkach oryginalnych po 10:20 sztuk à 0,5. Hr. W.